

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者氏名	
事業所名		所在地	
職種		就業時間	時 分から 時 分まで
被扶養者が負傷したとき	氏名	被保険者との続柄	
負傷の原因	<input type="radio"/> いつ(平成 年 月 日 (曜) 午前 午後 時 分頃)		
	<input type="radio"/> その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み <input type="radio"/> どこで(場所)		
(詳細に記述すること)	<input type="radio"/> なにをしているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにををしに行くときですか)		
	<input type="radio"/> パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 勤務先住所 (TEL - -)		
<input type="radio"/> 出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し通勤経路及び負傷場所を記入してください。			
<input type="radio"/> 次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において			
<input type="radio"/> 他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の <div style="text-align: right;">住所 氏名 (TEL - -)</div>			
上記のとおり相違ありません			
平成 年 月 日 被保険者の住所 氏名			
(印)			

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 (電話)				
自動車の番号				乙 (受診者)	氏名 (電話)			運転・同乗 歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧		交通状況	混雑・普通・閑散		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	舗装 <small>してある</small> ・ 歩道(両・片) <small>ある</small> ・ 直線 ・ カーブ <small>してない</small> <small>ない</small> 平坦 ・ 坂 ・ 見通し <small>良い</small> ・ 積雪路 ・ 凍結路 <small>悪い</small>								
信号又は標識	信号 <small>ある</small> 自車側信号(青・赤・) 駐停車禁止 <small>されている</small> その他の標識 <small>ない</small> 相手側信号(青・赤・) <small>されていない</small>								
速度	甲車両 km/h(制限速度		km/h)・乙車両		km/h(制限速度		km/h)		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)								
自 車 相 手 車 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク									
上記図の説明を書いてください。									

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名 _____ 印

念 書

平成 年 月 日 (相手方氏名) の行為により (受診者氏名) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって全国健康保険協会 支部が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、保険事故が交通事故による場合は、全国健康保険協会 支部が代位取得した損害賠償に対して自動車損害賠償責任保険から全国健康保険協会支部が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

㊞

全国健康保険協会

支部長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

平成 年 月 日 (受診者氏名) _____ に傷害を負わ
せましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価格の限度において、
全国健康保険協会 支部が代位取得し、全国健康保険協会 支部
から損害賠償金（保険給付）の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲にお
いて納付することを確約しますので、保険給付してください。

なお、傷害が交通事故による場合は、全国健康保険協会 支部が代位
取得した損害賠償に対して自動車損害賠償保険から、全国健康保険協会
支部が優先的に充当支払いを受けられることに異議ありません。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、
全国健康保険協会 支部が私に請求したときは、損害賠償に応じること
をあわせて確約します。

平成 年 月 日

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住 所

氏 名

㊞

TEL()

全国健康保険協会

支部長 殿

【本件についてのご意見】 ※ご意見があればご記入ください。

念 書

平成 年 月 日 (相手方氏名) の行為により (受診者氏名) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって全国健康保険協会 支部が保険給付の価額の限度において取得行使し、賠償金を受領されることに異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受けたときは、受領印、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成 年 月 日

被保険者

住 所

氏 名

㊞

全国健康保険協会

支部長 殿

同意書

私が自動車事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、全国健康保険協会 支部が保険給付の価額の限度において、私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、全国健康保険協会 支部が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、全国健康保険協会 支部は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

同意者 (自賠責保険請求者)

住 所

氏 名 ⑩

自賠責証明書番号()

全国健康保険協会

支部長 殿

人身事故証明書入手不能理由書

御中

当事者	運転手 (甲)	住所	TEL () -			
		氏名	生年月日	昭・平 年 月 日()歳		
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	車台番号			
	被害者 (乙)	住所	TEL () -			
		氏名	生年月日	昭・平 年 月 日()歳		
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	事故時 の状態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
事故発生日時		年 月 日	午前 午後	時 分	ころ	天候()
事故発生場所		において				
届出警察		警察 担当官()	届出年月日	年	月	日
人身事故証明書 入手不能理由						

上記理由により人身事故証明書は取得できませんが、人身事故の事実には相違ありません。

運転手(甲)

被害者(乙) 住所 平成 年 月 日

その他

() 氏名 印 TEL () -

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転手(甲)側の方がご記入ください。

加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者(乙)側の方がご記入ください。

(保険会社使用欄)

		年 月 日
<input type="checkbox"/> 本理由書および損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。		
<input type="checkbox"/> 損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。 (別紙参照)		
<input type="checkbox"/> その他(責任者	担当者